



Al personale Docente
Al Personle ATA

Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a frequentante la classe
scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. ¹

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Il Dirigente scolastico
Giuseppe DE VITA

CZIC87400G - ADE4FCE - ALBO PRETORIO - 0000002 - 17/10/2025 - A5 - REGOL - U